



Registro INSS

**CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA  
PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD  
EN EL CUIDADO DEL LACTANTE**

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<http://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es).

D./D<sup>a</sup>..... con DNI - NIE - pasaporte.....  
que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

**1. DATOS DE LA EMPRESA**

|                                        |  |           |        |                                    |      |          |               |
|----------------------------------------|--|-----------|--------|------------------------------------|------|----------|---------------|
| Nombre o razón social                  |  |           |        | Código de cuenta de cotización (1) |      |          |               |
| Domicilio habitual: (calle, plaza ...) |  | Número    | Bloque | Escalera                           | Piso | Puerta   | Código postal |
| Localidad                              |  | Provincia |        |                                    |      | Teléfono |               |

**2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A PARA LA PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDAD EN EL  
CUIDADO DEL LACTANTE**

|                             |                     |                                                                                   |  |                                          |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|
| Apellidos y nombre          |                     | DNI - NIE - pasaporte                                                             |  | Número de la Seguridad Social            |
| Fecha de alta en la empresa | Grupo de cotización | ¿Cotiza por desempleo?<br>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Fecha de baja en la empresa (en su caso) |

**3. DATOS DEL LACTANTE POR EL QUE SE SOLICITA LA PRESTACIÓN**

|                 |                  |        |
|-----------------|------------------|--------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
|-----------------|------------------|--------|

**4. DATOS DE LA REDUCCIÓN DE LA JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |              |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|---------------------------------------------|
| La reducción de jornada de trabajo se inicia desde el día ..... hasta .....                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |              |                                             |
| Número de jornadas de trabajo semanales: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |              |                                             |
| Número de horas de trabajo semanales: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |              |                                             |
| Número de horas de trabajo reducidas semanales: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |              |                                             |
| Porcentaje de la reducción de la jornada de trabajo (2): ..... %                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |              |                                             |
| ¿Tiene reducción de jornada por guarda legal? (3) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                             |     |              |                                             |
| En caso afirmativo, indique desde qué fecha ....., e informe en el apartado siguiente de la base de cotización por contingencias comunes que le hubiera correspondido en el mes anterior al inicio de la reducción de jornada de trabajo por cuidado del lactante indicada en el apartado 3, sin aplicación de reducción de jornada por guarda legal. |     |              |                                             |
| Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mes | Num. de días | Base de cotización de contingencias comunes |
| Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |              |                                             |



4. BASE DE COTIZACIÓN POR CONTINGENCIAS COMUNES DEL MES ANTERIOR AL INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DEL LACTANTE (en caso de un contrato a tiempo parcial se certificarán los 3 meses inmediatamente anteriores)

| Año | Mes | Núm.de días cotizados | Base de cotización de contingencias comunes | Observaciones |
|-----|-----|-----------------------|---------------------------------------------|---------------|
|     |     |                       |                                             |               |
|     |     |                       |                                             |               |
|     |     |                       |                                             |               |

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO DEL RÉGIMEN GENERAL<sup>(4)</sup>

Tipo de contrato:

Indefinido ☐

Temporal ☐

Fijo discontinuo ☐

Modalidad de cotización:

Mensual ☐

Jornadas reales (diaria) ☐

Indique el último día de trabajo, previo a la reducción de jornada por cuidado del lactante

Indique la fecha prevista de finalización del contrato de trabajo

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello,

(1) Trabajadores del Sistema Especial de Empleados de Hogar: se cumplimentará el certificado por la persona empleadora.

(2) El cálculo se efectuará dividiendo el número de horas semanales reducidas entre las horas semanales que deberían realizarse si la jornada no fuera reducida. El resultado se multiplicará por 100.

(3) Siempre que se encuentre dentro de los dos primeros años del periodo de reducción de jornada, según se recoge en el artº 237.3, párrafo 1º, de la Ley General de la Seguridad Social.

(4) Cuando los trabajadores a los que se refiere el certificado pertenezcan al Sistema Especial Agrario, además de los datos generales, la empresa debe cumplimentar este apartado ya que son datos fundamentales para el cálculo del subsidio.